

# Reconocimiento y Consentimiento de Información de Salud

Entiendo que Pacific Sage LLC, que también utiliza los nombres de Pacific Sage Primary Care y Pacific Sage Medical Services (denominado a continuación " Este Consultorio") utilizará y divulgará información de salud sobre mí.

Entiendo que mi información de salud puede incluir información tanto creada como recibida por el consultorio, puede estar en forma de registros escritos o electrónicos o palabras habladas, y puede incluir información sobre mi historial de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas y tipos similares de información relacionada con la salud.

Entiendo y acepto que Este Consultorio puede usar y divulgar mi información de salud a:

- Tomar decisiones y planificar mi atención y tratamiento.
- Referir, consultar, coordinar y gestionar junto con otros proveedores de atención médica para mi atención y tratamiento.
- Determinar mi elegibilidad para un plan de salud o cobertura de seguro y presentar facturas, reclamos y otra información relacionada a compañías de seguros u otras personas u organizaciones que puedan ser responsables de pagar parte o la totalidad de mi atención médica; y
- Realizar diversas funciones de oficina, administrativas y comerciales que respalden los esfuerzos de mi proveedor para brindarme atención médica de calidad y rentable y para organizar y recibir un reembolso por atención médica de calidad y rentable.

Entiendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción escrita de cómo Este Consultorio gestionará mi información de salud. Esta descripción escrita se conoce como **Aviso de Prácticas de Privacidad** y describe los usos y divulgaciones de la información de salud realizadas y las prácticas de información seguidas por los empleados, el personal y otro personal de la oficina de Este Consultorio, y mis derechos con respecto a mi información de salud.

Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad puede revisarse periódicamente y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. También entiendo que una copia o un resumen de la versión más reciente del Aviso de Prácticas de Privacidad vigente de Este Consultorio se publicará en línea donde puedo accederlo. También puedo solicitar que me envíen una copia a casa o por correo electrónico.

Entiendo que tengo derecho a solicitar que parte o toda mi información de salud no se use ni divulgue de la manera descrita en el Aviso de Prácticas de Privacidad, y entiendo que Este Consultorio no está obligada por ley a aceptar dichas solicitudes.

**Al firmar a continuación, acepto haber revisado y comprendido la información anterior y que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (ver formularios).**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del/de la representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Relación



# 1 Consentimiento Informado para Servicios de Telemedicina: Ann Ottesen NP

## INTRODUCCIÓN

La telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica en diferentes ubicaciones compartan información médica de pacientes individuales con el fin de mejorar la atención al paciente. Los proveedores pueden incluir médicos de atención primaria, especialistas y/o subespecialistas. La información puede usarse para diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación, y puede incluir cualquiera de los siguientes:

- Registros médicos de los pacientes
- Imágenes médicas
- Audio y vídeo bidireccional en vivo
- Salida de datos desde dispositivos médicos y archivos de sonido y vídeo.

Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de los datos de identificación y de imágenes del paciente e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no.

## BENEFICIOS ESPERADOS

- Mejor acceso a la atención médica al permitir que el paciente permanezca en su consultorio (o en un sitio remoto) mientras el proveedor obtiene resultados de pruebas y consulta con profesionales de la salud en sitios distantes o en otros sitios.
- Evaluación y gestión médica más eficiente.
- Obtención de la experiencia de un especialista a distancia.

## POSIBLES RIESGOS

Como ocurre con cualquier procedimiento médico, existen riesgos potenciales asociados con el uso de la telemedicina. Estos riesgos incluyen, entre otros:

- En casos excepcionales, la información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, mala resolución de las imágenes) para permitir que los proveedores y consultores tomen decisiones médicas adecuadas;
- Podrían ocurrir retrasos en la evaluación y el tratamiento médico debido a deficiencias o fallas del equipo;
- En casos muy raros, los protocolos de seguridad podrían fallar, provocando una violación de la privacidad de la información médica personal;
- En casos raros, la falta de acceso a registros médicos completos puede resultar en interacciones adversas con medicamentos o reacciones alérgicas u otros errores de juicio.

## **AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, DOY FE Y ENTIENDO LO SIGUIENTE:**

1. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina.
2. Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro.
3. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar toda la información obtenida y registrada en el curso de la interacción de telemedicina, y puedo recibir copias de esta información por una tarifa razonable.
4. Entiendo que es posible que tenga a mi disposición una variedad de métodos alternativos de atención médica y que puedo elegir uno o más de ellos en cualquier momento. Ann Ottesen NP ha explicado las alternativas a mi entera satisfacción,
5. Entiendo que la telemedicina puede implicar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros profesionales médicos que pueden estar ubicados en otras áreas, incluso fuera del estado.
6. Entiendo que es mi deber informar a Ann Ottesen NP sobre las interacciones electrónicas relacionadas con mi atención que pueda tener con otros proveedores de atención médica.
7. Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de la telemedicina en mi atención, pero que no se pueden garantizar ni asegurar resultados.
8. Doy fe de que estoy ubicado en el estado de Oregon y estaré presente en el estado de Oregon durante todos los encuentros de telesalud con Ann Ottesen NP.

## 2 Consentimiento Informado para Servicios de Telemedicina: Ann Ottesen NP

### CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO DE TELEMEDICINA

He leído y entiendo la información proporcionada en la página 1 sobre la telemedicina, la he discutido con mi proveedor y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de la telemedicina en mi atención médica.

Entiendo que habrá una copia de este formulario disponible para imprimir.

Por la presente autorizo a Ann Ottesen NP a utilizar la telemedicina en el curso de mi diagnóstico y tratamiento. Al firmar a continuación, acepto utilizar registros y firmas electrónicas y reconozco que he leído la "divulgación al consumidor" relacionada.

Por favor firme a continuación.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la representante

\_\_\_\_\_  
Relación



Nombre \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

**Escriba sus iniciales en cada sección y firme a continuación.**

\_\_\_\_\_ **Consentimiento para atención y tratamiento médicos:** Doy mi consentimiento para toda atención, exámenes y pruebas médicas y quirúrgicas que se consideren necesarias. Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento y tengo derecho a discutir todos los tratamientos médicos con mi médico. Aunque espero que la atención brindada cumpla con los estándares habituales, entiendo que no hay garantías con respecto a los resultados de mi atención. Si rechazo los exámenes, pruebas o tratamientos sugeridos en contra del consejo médico, no responsabilizaré a Pacific Sage LLC ni a ningún individuo por ninguna de las consecuencias.

\_\_\_\_\_ **Asignación de beneficios, autorización para divulgar información médica:** Solicito que el pago de los beneficios autorizados de mi compañía de seguros se haga a mí o en mi nombre a Pacific Sage LLC por cualquier servicio que me brinde Pacific Sage LLC y por la presente asigno Pacific Sage LLC. todos los derechos asignables al pago de los servicios prestados por Pacific Sage LLC, incluidos todos los beneficios de Medicare, si estoy en ese programa. Autorizo a mi compañía de seguros a divulgar información sobre mi cobertura a Pacific Sage LLC. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a divulgarla a lo siguiente cuando corresponda para determinar los beneficios de los servicios relacionados: Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, aseguradoras y/o agentes de estas compañías, u otros proveedores de atención médica que ayuden en mi atención médica. Entiendo y acepto que mi información de salud puede ser utilizada y divulgada por Pacific Sage LLC, otros proveedores y aseguradoras para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que Pacific Sage LLC participa en un software de prescripción médica electrónica (e-prescribing) y autorizo a Pacific Sage LLC a enviar recetas directamente a una farmacia desde el punto de atención. Acepto que Pacific Sage LLC pueda solicitar y utilizar mi historial de recetas de otros proveedores de atención médica o terceros pagadores para fines de tratamiento.

\_\_\_\_\_ **Acuerdo financiero:** Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier cargo independientemente de la cobertura del seguro, a menos que tenga un seguro de Medicaid de Oregon que cubra todos los servicios de atención primaria proporcionados por Pacific Sage LLC. El cargo máximo por los servicios proporcionados por Pacific Sage LLC que tendría que pagar de mi bolsillo independientemente de la cobertura del seguro por cada visita es de \$250 (a menos que tenga un seguro de Medicaid de Oregon que cubra todos los servicios de atención primaria). Acepto pagar hasta \$250 por los servicios proporcionados por Pacific Sage LLC por cada visita (a menos que tenga un seguro de Medicaid de Oregon). Puede haber cargos adicionales de otras entidades que brinden servicios solicitados por Pacific Sage LLC, pero esas entidades cobrarán el pago de forma independiente.

\_\_\_\_\_ **Consentimiento para mensajes de texto y correo electrónico:** para mejorar la atención y la experiencia del paciente, Pacific Sage LLC puede comunicarse conmigo mediante llamada telefónica, correo de voz, mensaje de texto SMS, correo electrónico o aplicación móvil, algunos de los cuales pueden realizarse a través de medios automatizados para recordarme una cita, para obtener comentarios sobre mi experiencia con nuestro equipo de atención médica y para proporcionar recordatorios/información de salud general. Entiendo y acepto que me contacten de esta manera con comunicaciones relacionadas con esta visita y cualquier visita futura. En el futuro, puedo optar por no recibir mensajes de texto notificando a Pacific Sage LLC por escrito. Es posible que se apliquen cargos estándar por minutos telefónicos y mensajes de texto si Pacific Sage LLC se comunica conmigo.

\_\_\_\_\_ **Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad y Registro de Divulgaciones del Paciente:** Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Pacific Sage LLC. En general, la regla de privacidad de HIPAA otorga a las personas el derecho de solicitar una restricción en los usos y divulgaciones de su información médica protegida (PHI). El individuo también tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que la comunicación de su PHI se realice por medios alternativos, como enviar correspondencia a la oficina del individuo en lugar de a su hogar.

\_\_\_\_\_ **Videovigilancia para operaciones de seguridad y atención médica:** entiendo y doy mi consentimiento para la videovigilancia con fines de seguridad y/o las operaciones de atención médica de Pacific Sage LLC. Entiendo que la instalación conserva los derechos de propiedad de las imágenes y/o grabaciones. Entiendo que estas imágenes y/o grabaciones se almacenarán y protegerán de forma segura.

\_\_\_\_\_ Al firmar a continuación, por la presente entiendo y estoy de acuerdo con la información anterior y entiendo que mi negativa a firmar este formulario se interpretará como mi decisión de dejar de recibir atención médica con Pacific Sage LLC, que también se conoce con los nombres de Pacific Sage Primary Care y Pacific Sage Medical Services.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del/de la Representante

\_\_\_\_\_  
Relación



## Consentimiento para comunicarse: Pacific Sage LLC

Nombre \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

Fecha \_\_\_\_\_

**Consentimiento para dejar mensajes:** Entiendo que mi información de atención médica está protegida. Para que Pacific Sage LLC deje mensajes detallados que contengan información de salud específica en mi correo de voz o contestador automático, necesito dar permiso para hacerlo.

Doy permiso a Pacific Sage LLC para que se dejen mensajes en los números de teléfono que figuran a continuación:

teléfono: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

Se pueden dejar mensajes sobre lo siguiente:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Recordatorios/cambios de citas | <input type="checkbox"/> Estimaciones de costos                       |
| <input type="checkbox"/> Pagos/Saldos de cuentas        | <input type="checkbox"/> Tratamiento médico<br>(necesario/completado) |

**Consentimiento para compartir información verbalmente:** Al completar la información y firmar a continuación, autorizo a Pacific Sage LLC a discutir verbalmente mi atención médica y otra información protegida. Los nombres que figuran a continuación son personas a quienes otorgo permiso para que los representantes de la práctica discutan verbalmente información utilizando su mejor criterio que sea relevante para mi atención o relevante para el pago de dicha atención.

1. Nombre: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Se puede contactar con respecto a lo siguiente:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recordatorios/cambios de citas | <input type="checkbox"/> Información médica/Atención/Tratamientos necesarios o completados |
| <input type="checkbox"/> Pagos/saldos de cuentas        | <input type="checkbox"/> Información médica confidencial que incluye:                      |
| <input type="checkbox"/> Estimaciones de costos         | <input type="checkbox"/> Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA                       |
|   | <input type="checkbox"/> Uso de sustancias, incluidas drogas y alcohol.                    |
|   | <input type="checkbox"/> Condiciones de salud mental                                       |

2. Nombre: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Se puede contactar con respecto a lo siguiente:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recordatorios/cambios de citas | <input type="checkbox"/> Información médica/Atención/Tratamientos necesarios o completados |
| <input type="checkbox"/> Pagos/saldos de cuentas        | <input type="checkbox"/> Información médica confidencial que incluye:                      |
| <input type="checkbox"/> Estimaciones de costos         | <input type="checkbox"/> Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA                       |
|   | <input type="checkbox"/> Uso de sustancias, incluidas drogas y alcohol.                    |
|   | <input type="checkbox"/> Condiciones de salud mental                                       |

3. Nombre: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Se puede contactar con respecto a lo siguiente:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recordatorios/cambios de citas | <input type="checkbox"/> Información médica/Atención/Tratamientos necesarios o completados |
| <input type="checkbox"/> Pagos/saldos de cuentas        | <input type="checkbox"/> Información médica confidencial que incluye:                      |
| <input type="checkbox"/> Estimaciones de costos         | <input type="checkbox"/> Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA                       |
|   | <input type="checkbox"/> Uso de sustancias, incluidas drogas y alcohol.                    |
|   | <input type="checkbox"/> Condiciones de salud mental                                       |

Será mi responsabilidad mantener esta información actualizada ya que reconozco que las relaciones pueden cambiar con el tiempo. Este consentimiento se considerará válido hasta que lo revoque por escrito. Me reservo el derecho de revocarlo en cualquier momento. Entiendo que revocar esta autorización no afectará las divulgaciones realizadas ni las acciones tomadas antes de recibir la revocación.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Public Burden Statement**

A Federal agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, nor shall a person be subject to a penalty for failure to comply with a collection of information subject to the requirements of the Paperwork Reduction Act unless that collection of information displays a current valid OMB Control Number. The OMB Control Number for this information collection is 2126-0006. Public reporting for this collection of information is estimated to be approximately 25 minutes per response, including the time for reviewing instructions, gathering the data needed, and completing and reviewing the collection of information. All responses to this collection of information are mandatory. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to: Information Collection Clearance Officer, Federal Motor Carrier Safety Administration, MC-RRA, 1200 New Jersey Avenue, SE, Washington, D.C. 20590.



U.S. Department of Transportation  
Federal Motor Carrier  
Safety Administration

# Medical Examination Report Form

(for Commercial Driver Medical Certification)

**MEDICAL RECORD #**

\_\_\_\_\_  
(or sticker)

**SECTION 1. Driver Information** (to be filled out by the driver)

### PERSONAL INFORMATION

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State/Province: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Driver's License Number: \_\_\_\_\_ Issuing State/Province: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

E-Mail (optional): \_\_\_\_\_ CLP/CDL Applicant/Holder\*:  Yes  No

Driver ID Verified By\*\*: \_\_\_\_\_

Has your USDOT/FMCSA medical certificate ever been denied or issued for less than 2 years?  Yes  No  Not Sure

\*CLP/CDL Applicant/Holder: See instructions for definitions.

\*\*Driver ID Verified By: Record what type of photo ID was used to verify the identity of the driver, e.g., CDL, driver's license, passport.

### DRIVER HEALTH HISTORY

Have you ever had surgery? If "yes," please list and explain below.  Yes  No  Not Sure

Are you currently taking medications (prescription, over-the-counter, herbal remedies, diet supplements)? If "yes," please describe below.  Yes  No  Not Sure

(Attach additional sheets if necessary)

\*\*This document contains sensitive information and is for official use only. Improper handling of this information could negatively affect individuals. Handle and secure this information appropriately to prevent inadvertent disclosure by keeping the documents under the control of authorized persons. Properly dispose of this document when no longer required to be maintained by regulatory requirements.\*\*

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Exam Date: \_\_\_\_\_

**DRIVER HEALTH HISTORY** *(continued)*

Do you have or have you ever had:	Not Sure			Yes			No		
	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure	Yes	No	Not Sure
1. Head/brain injuries or illnesses (e.g., concussion)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Seizures/epilepsy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Eye problems (except glasses or contacts)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ear and/or hearing problems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Heart disease, heart attack, bypass, or other heart problems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Pacemaker, stents, implantable devices, or other heart procedures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. High blood pressure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. High cholesterol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Chronic (long-term) cough, shortness of breath, or other breathing problems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Lung disease (e.g., asthma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Kidney problems, kidney stones, or pain/problems with urination	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Stomach, liver, or digestive problems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Diabetes or blood sugar problems Insulin used	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Anxiety, depression, nervousness, other mental health problems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Fainting or passing out	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Dizziness, headaches, numbness, tingling, or memory loss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Unexplained weight loss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Stroke, mini-stroke (TIA), paralysis, or weakness	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Missing or limited use of arm, hand, finger, leg, foot, toe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Neck or back problems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Bone, muscle, joint, or nerve problems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Blood clots or bleeding problems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Cancer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Chronic (long-term) infection or other chronic diseases	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Sleep disorders, pauses in breathing while asleep, daytime sleepiness, loud snoring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Have you ever had a sleep test (e.g., sleep apnea)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Have you ever spent a night in the hospital?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Have you ever had a broken bone?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Have you ever used or do you now use tobacco?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Do you currently drink alcohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Have you used an illegal substance within the past two years?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Have you ever failed a drug test or been dependent on an illegal substance?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Other health condition(s) not described above:  Yes  No  Not Sure

Did you answer "yes" to any of questions 1-32? If so, please comment further on those health conditions below:  Yes  No  Not Sure

*(Attach additional sheets if necessary)*

**CMV DRIVER'S SIGNATURE**

I certify that the above information is accurate and complete. I understand that inaccurate, false or missing information may invalidate the examination and my Medical Examiner's Certificate, that submission of fraudulent or intentionally false information is a violation of [49 CFR 390.35](#), and that submission of fraudulent or intentionally false information may subject me to civil or criminal penalties under [49 CFR 390.37](#) and [49 CFR 386](#) Appendices A and B.

Driver's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**SECTION 2. Examination Report** *(to be filled out by the medical examiner)*

**DRIVER HEALTH HISTORY REVIEW**

*Review and discuss pertinent driver answers and any available medical records. Comment on the driver's responses to the "health history" questions that may affect the driver's safe operation of a commercial motor vehicle (CMV).*

*(Attach additional sheets if necessary)*



## Instructions for Completing the Medical Examination Report Form (MCSA-5875)

### I. Step-By-Step Instructions

#### Driver:

##### Section 1: Driver Information

- **Personal Information:** Please complete this section using your name as written on your driver's license, your current address and phone number, your date of birth, age, driver's license number and issuing state.
  - **CLP/CDL Applicant/Holder:** Check "yes" if you are a commercial learner's permit (**CLP**) or commercial driver's license (**CDL**) holder, or are applying for a CLP or CDL. CDL means a license issued by a State or the District of Columbia which authorizes the individual to operate a class of a commercial motor vehicle (**CMV**). A CMV that requires a CDL is one that: (1) has a gross combination weight rating or gross combination weight of 26,001 pounds or more inclusive of a towed unit with a gross vehicle weight rating (**GVWR**) or gross vehicle weight (**GVW**) of more than 10,000 pounds; or (2) has a GVWR or GVW of 26,001 pounds or more; or (3) is designed to transport 16 or more passengers, including the driver; or (4) is used to transport either hazardous materials requiring hazardous materials placards on the vehicle or any quantity of a select agent or toxin.
  - **Driver ID Verified By:** The Medical Examiner/staff completes this item and notes the type of photo ID used to verify the driver's identity such as, commercial driver's license, driver's license, or passport, etc.
  - **Has your USDOT/FMCSA medical certificate ever been denied or issued for less than two years?** Please check the correct box "yes" or "no" and if you aren't sure check the "not sure" box.
- **Driver Health History:**
  - **Have you ever had surgery:** Please check "yes" if you have ever had surgery and provide a written explanation of the details (type of surgery, date of surgery, etc.)
  - **Are you currently taking medications (prescription, over-the-counter, herbal remedies, diet supplements):** Please check "yes" if you are taking any diet supplements, herbal remedies, or prescription or over the counter medications. In the box below the question, indicate the name of the medication and the dosage.
  - **#1-32:** Please complete this section by checking the "yes" box to indicate that you have, or have ever had, the health condition listed or the "No" box if you have not. Check the "not sure" box if you are unsure.
  - **Other Health Conditions not described above:** If you have, or have had, any other health conditions not listed in the section above, check "Yes" and in the box provided and list those condition(s).
  - **Any yes answers to questions #1-32 above:** If you have answered "yes" to any of the questions in the Driver Health History section above, please explain your answers further in the box below the question. For example, if you answered "yes" to question #5 regarding heart disease, heart attack, bypass, or other heart problem, indicate which type of heart condition. If you checked "yes" to question #23 regarding cancer, indicate the type of cancer. Please add any information that will be helpful to the Medical Examiner.
- **CMV Driver Signature and Date:** Please read the certification statement, sign and date it, indicating that the information you provided in Section 1 is accurate and complete.

## Información adicional sobre el examen para la licencia de conducir comercial

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha hoy: \_\_\_\_\_ ¿Como te enteraste de nosotras? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna alergia a algún medicamento?

Sí  No

Enumere sus alergias a medicamentos \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna alergia a alimentos u otras sustancias?

Sí  No

Enumere sus alergias \_\_\_\_\_

1. **¿Ronquidos? ¿Ronca fuerte** (tan fuerte que se escucha a través de puertas cerradas o su pareja lo codea por roncar de noche)?

Sí  No

2. **¿Cansado/a?** ¿Se siente con frecuencia **cansado, fatigado o somnoliento** durante el día (por ejemplo, se queda dormido mientras conduce o habla con alguien)?

Sí  No

3. **¿Lo observaron?** ¿Alguien lo **observó dejar de respirar o ahogarse/quedarse sin aliento** mientras dormía?

Sí  No

Si estuvieras muy cansado y conduciendo, ¿qué harías para estar seguro? (elige la MEJOR respuesta)

- Deténgase y descanse.
- Sigue conduciendo y espero no quedarte dormido mientras conduces.
- Escuchar música relajante y tranquilizadora
- Sube la calefacción

¿Conoces tu historial médico familiar?

Sí  No

En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> enfermedad renal crónica                         |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> intentos de suicidio                             |
| <input type="checkbox"/> enfermedad de la arteria coronaria                         | <input type="checkbox"/> enfermedad mental además de ansiedad o depresión |
| <input type="checkbox"/> ataque cardíaco  | <input type="checkbox"/> enfermedad autoinmune                            |
| <input type="checkbox"/> accidente cerebrovascular o mini accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> cáncer   |
|   | <input type="checkbox"/> otros  |

Apellido: \_\_\_\_\_, nombre de pila \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ fecha del examen \_\_\_\_\_

**Este formulario le ayudará a completar el informe de examen médico de la FMCSA (Administración Federal de Seguridad de Autotransportistas) en inglés. Deberá firmar el formulario en inglés después de que lo revisemos con usted.**

**Información del conductor**

teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de la calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ estado: \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_

**historial de salud del conductor**

¿Alguna vez te han operado?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
-----------------------------	-----------------------------	--

En caso afirmativo, enumere y explique a continuación:

---

---

---

---

---

---

¿Está tomando medicamentos actualmente (Incluyendo medicamentos recetados, de venta libre, remedios a base de hierbas y suplementos dietéticos)?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
-----------------------------	-----------------------------	--

En caso afirmativo, describa a continuación (nombres y dosis).

---

---

---

---

---

---

Apellido: \_\_\_\_\_, nombre de pila \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ fecha del examen \_\_\_\_\_

**¿Tienes o has tenido alguna vez?**

1. Lesiones o enfermedades en la cabeza o el cerebro (como una conmoción cerebral)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
2. convulsiones/epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
3. Problemas oculares (excepto anteojos o lentes de contacto)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
4. Problemas de oído y/o audición	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
5. Enfermedad cardíaca, ataque cardíaco, bypass u otros problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
6. marcapasos, stents, dispositivos implantables u otros procedimientos cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
7. hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
8. colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
9. Tos crónica (a largo plazo), dificultad para respirar u otros problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
10. enfermedad pulmonar (como el asma)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
11. Problemas renales, cálculos renales o dolor/problemas al orinar.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
12. Problemas estomacales, hepáticos o digestivos.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
13. diabetes o problemas de azúcar en la sangre insulina utilizada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
14. Ansiedad, depresión, nerviosismo y otros problemas de salud mental.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
15. Desmayo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
16. mareos, dolores de cabeza, entumecimiento, hormigueo o pérdida de memoria	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
17. pérdida de peso inexplicable	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
18. accidente cerebrovascular, ataque isquémico transitorio, parálisis o debilidad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
19. Ausencia o uso limitado de brazo, mano, dedo, pierna, pie, dedo del pie	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
20. problemas de cuello o espalda	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
21. Problemas en los huesos, músculos, articulaciones o nervios.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
22. coágulos de sangre o problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
23. cáncer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
24. Infección crónica (a largo plazo) u otras enfermedades crónicas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
25. Trastornos del sueño, pausas en la respiración durante el sueño, somnolencia diurna, ronquidos fuertes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
26. ¿Alguna vez te han hecho una prueba del sueño (por ejemplo, para la apnea del sueño)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a

Apellido: \_\_\_\_\_, nombre de pila \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ fecha del examen \_\_\_\_\_

27. ¿Has pasado una noche en el hospital?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
28. ¿Alguna vez te has roto un hueso?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
29. ¿Alguna vez has consumido o consumes tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
30. ¿Bebes alcohol actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
31. ¿Ha consumido alguna sustancia ilegal en los últimos dos años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a
32. ¿Alguna vez has fallado un test de drogas o has dependido de alguna sustancia ilegal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Estoy Seguro/a

Otras condiciones de salud no descritas anteriormente:

Sí    No    No Estoy Seguro/a

---

---

---

---

---

¿Respondió usted sí a alguna de las preguntas 1-32?

Sí    No    No Estoy Seguro/a

Si es así, por favor comente más sobre esas condiciones de salud a continuación.

---

---

---

---

---

Certifico que la información anterior es exacta y completa. Entiendo que la información inexacta, falsa o engañosa puede invalidar el examen y mi Certificado del Médico Forense, que la presentación de información fraudulenta o intencionalmente falsa es una violación de regla 49CFR390.35, y que la presentación de información fraudulenta o intencionalmente falsa puede exponerme a sanciones civiles o penales según reglas 49CFR390.37 y 49CFR386. (Firmarás esta declaración en inglés en el formulario de la FMCSA).